

Starogard Gdański, dnia

.....
(imię i nazwisko rodziny zastępczej)

.....
.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr i seria dowodu osobistego)

.....
(PESEL)

.....
(nr telefonu)

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Mickiewicza 9
83-200 Starogard Gdański**

**Wniosek w sprawie przyznania dodatku na pokrycie zwiększonych kosztów utrzymania
dziecka przebywającego w pieczy zastępczej z tytułu niepełnosprawności**

Zwracam/zwracamy się z prośbą przyznanie dodatku na pokrycie zwiększonych kosztów utrzymania
dziecka/dzieci:

1).....
(imię i nazwisko dziecka, data i miejsce urodzenia, PESEL)

.....
(numer prawomocnego orzeczenia o niepełnosprawności, organ wydający, data upływu ważności orzeczenia)

2).....
(imię i nazwisko dziecka, data i miejsce urodzenia, PESEL)

.....
(numer prawomocnego orzeczenia o niepełnosprawności, organ wydający, data upływu ważności orzeczenia)

3).....
(imię i nazwisko dziecka, data i miejsce urodzenia, PESEL)

.....
(numer prawomocnego orzeczenia o niepełnosprawności, organ wydający, data upływu ważności orzeczenia)

4).....
(imię i nazwisko dziecka, data i miejsce urodzenia, PESEL)

.....
(numer prawomocnego orzeczenia o niepełnosprawności, organ wydający, data upływu ważności orzeczenia)

5).....
(imię i nazwisko dziecka, data i miejsce urodzenia, PESEL)

.....
(numer prawomocnego orzeczenia o niepełnosprawności, organ wydający, data upływu ważności orzeczenia)

.....
(data)

.....
(podpis osoby/podpisy osób ubiegającej/yh o świadczenie)